

Antrag auf Genehmigung:

Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Registers, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen*

Kenntnisse der allgemeinen Grundlagen der Akupunktur

- Nachweis über die erforderliche Teilnahme an einer Zusatz-Weiterbildung gemäß Abschnitt C der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vom Mai 2005 (Zusatzbezeichnung) -bitte beifügen-

und

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- Kenntnisse in der psychosomatischen Grundversorgung
- Eine Genehmigung der KVSH zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung ist erteilt worden
- oder**
- Nachweis einer erfolgreichen Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer (80 Stunden-Curriculums „Kern (Basis) Veranstaltung“)
-bitte beifügen-

und

- Kenntnisse in der Schmerztherapie
- Eine Genehmigung der KVSH zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten ist erteilt worden
- oder**
- Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer -bitte beifügen-

Organisatorische/bauliche Voraussetzungen

- Ich führe die Akupunktur gemäß § 4 in separaten abgeschlossenen Räumen mit Liege unter Verwendung steriler Einmalnadeln durch

Zustimmung

- Ich erkläre mein Einverständnis für die ggf. gemäß § 7 Abs. 4 erforderliche Überprüfung der apparativen und räumlichen Gegebenheiten meiner Praxis.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person